

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância (EaD)
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Valentim, João Câmara/ RN**

Pelotas, 2016

Yaritza Díaz García

**Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na ESF Valentim, João Câmara/ RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G216q Garcia, Yaritza Diaz

Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Valentim, João Câmara/RN / Yaritza Diaz Garcia; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho especialmente a minha mãe que apesar de estar bem longe faz o possível para que todos os meus sonhos e objetivos se imponham antes das adversidades da vida.

Ao meu filho que sabe me incentivar e dar amor para eu alcançar as metas da vida. A minha orientadora quem foi uma pessoa muito especial e dedicada fazendo o possível para o meu bom desempenho no curso.

Também quero dedicar meu trabalho a todas as pessoas que de uma forma ou outra colaboraram com a realização da intervenção.

Agradecimentos

Agradeço a realização do meu trabalho a todas essas pessoas que participaram na intervenção, incluindo os usuários com hipertensão e/ou diabetes, porque sem eles não teria sido possível a realização e cumprimento dos objetivos propostos.

Agradeço a minha equipe por seu apoio e colaboração nas atividades, assim como também o gestor municipal de saúde, que foi também uma pessoa de muita importância no cumprimento dos objetivos da intervenção.

Resumo

GARCÍA, Yaritza Díaz. **Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Valentim, João Câmara/ RN.** 2016. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças multifatoriais que atingem milhões de pessoas e se apresentam como fatores de risco para doenças cardiovasculares. Com base na Análise Situacional, verificou-se que o programa de saúde direcionado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na ESF Valentim, João Câmara / RN estava precário quanto aos indicadores de cobertura e na qualidade do serviço de saúde ilustrada por déficit nos registros. Assim, planejou-se uma intervenção com duração de 12 semanas com os objetivos de melhorar a cobertura e a adesão; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; melhorar o registro das informações; os usuários de risco e promover a Saúde no programa. A intervenção considerou os eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, empregou os instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados do curso e teve como base os protocolos do Ministério da Saúde (MS). Antes da intervenção, a cobertura de usuários com HAS era de 41%, correspondendo a 150 pessoas e para usuários com DM era de 42% que correspondia a 44 pessoas, além de deficiências na qualidade dos registros e na solicitação de exames complementares. Com a intervenção, ambas as coberturas se ampliaram, atingindo 255 usuários com HAS (95,9%) e 72 usuários com DM (100%), além do serviço de saúde ter sido implementado, já que, todos os usuários receberam exame clínico adequado, todos receberam orientações sobre higiene bucal, riscos do tabagismo e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Contudo, não foi possível atingir as metas de 100% nos indicadores de solicitação de exames complementares e de estratificação do risco cardiovascular. Tendo em vista os reflexos da intervenção, verifica-se que gerou impacto positivo na atenção à saúde e que cada vez mais será consolidada, já que, o apoio dos gestores e dos líderes comunitários e o engajamento da equipe foram molas propulsoras para a reorganização dessa ação programática.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus, Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS Valentim em João Câmara / RN	56
Figura 2	Fotografia do acompanhamento à usuária com diabetes pela técnica de enfermagem	56
Figura 3	Fotografia do acompanhamento à usuária com diabetes pela médica	57
Figura 4	Fotografia da Atividade de educação, prevenção e promoção à saúde	57
Figura 5	Fotografia de encontro com grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes nas comunidades	57
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde	61
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde	61
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	63
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	64
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	65
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	65
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	66
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	67
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular	69
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FA	Ficha de Atendimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Exame de Glicemia Capilar
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuários com hipertensão e Usuários com diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PN	Pré-Natal
RN	Rio Grande do Norte
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	28
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	30
2.3.2 Indicadores	42
2.3.3 Logística	49
2.3.4 Cronograma	52
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	80
Apêndices.....	81
Anexos.....	83

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com HAS e/ou DM no município de João Câmara, RN, intitulada “Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Valentim, João Câmara/ RN”.

O volume está organizado em unidades de trabalho sequenciais.

Unidade 1 - Análise Situacional foi realizada o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados.

Unidade 2 - Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente.

Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5 – Relatório para os Gestores.

Unidade 6 – Relatório para a Comunidade.

Unidade 7 - Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem o estudante aponta de forma reflexiva a influência e impacto do curso.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndice.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família (ESF) / Atenção Primária em Saúde (APS)

Minha UBS é rural está localizada no povoado de Valentim, ainda está em construção e têm uma população de 1750 habitantes, com 352 famílias cadastradas. As doenças crônicas não transmissíveis mais comuns são:

HTA: 120 usuários DM: 35 usuários, asma bronquial: 10 usuários, saúde mental: 25 usuários, e outras doenças que devemos mencionar são o parasitismo intestinal e as doenças respiratórias agudas pelas características das comunidades. Atualmente estamos trabalhando em um local adaptado e a infraestrutura é precária, com espaços pequenos e limitados, existe apenas uma sala de consulta que compartilhamos com a enfermagem, não existe sala odontológica, o odontologista só realiza consulta de pesquisa nas casas dos usuários. Temos muitas micro áreas rurais, onde o atendimento é mediante o carro móvel que tem um odontólogo e técnico permanentes para fazer as ações odontológicas. Não tem sala de curativo nem de nebulização. O acolhimento é feito na recepção, o 90% pela técnica de enfermagem e os 10% restante é realizado por outros integrantes da equipe para que os pacientes se sintam bem atendidos.

Temos uma farmácia com medicamentos básicos (anti-hipertensivos, pra controle do diabetes, analgésicos, antiparasitários, vitaminas, antibióticos, anticoncepção, para fazer teste de gravidez rápida entre outras). Não existe consulta planejada. Os atendimentos são realizados apenas por demanda espontânea e as consultas planejadas são realizadas só para a equipe do NASF que a mesma está formado por: psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, veterinário e psiquiatra com o objetivo de fazer um bom atendimento à população.

Em minha comunidade temos 18 submicro- áreas e 8 micro-áreas das quais, seis tem um pequeno posto de saúde de atendimento por ser uma localização muito distante, também coberta por agente de saúde.

Nas comunidades de atendimentos as casa são de tijolo para 62,2%, taipa revestida 20,74%, taipa não revestida: 16,48%, abastecimento de agua, acesso a redes públicas:34,38%, poço:15,06%. Tratamento de agua no domicilio filtrada: 8,81%, fervura: 1,14%, cloração:30,68%, o tratamento:59,38%. Destinos do lixo:

coleta publica: 0,57%, queimado:83,81%, ceu aberto:15,63%. Destinos das fezes ou urinas no sistema de esgoto: 0,57%, fossa:72,44%, ceu aberto:26,99%. Energia: 66,76%.

Em correspondência aos exames complementares se fazem no mesmo município pelo (SUS), cada usuário tem que levar seu cartão SUS para melhor controle e outros exames que o paciente precise de maior complexidade são realizados na capital do estado prévio coordenação com a secretaria de saúde do município, assim como os encaminhamentos para diferentes especialidades. As urgências são encaminhadas pra o hospital do município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Estou alocada numa UBS localizada no estado brasileiro do Rio Grande do Norte, município de João Câmara, fundado em 1928 e conhecido como Terra dos Abalos e Baixa Verde. Está a uma distância da capital de 74 km com uma área territorial de 715 km², sua população é de 31701 habitantes cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria da população se dedica a agricultura e ao comércio. Em algumas épocas do ano a sensação térmica em sua escala chega a 14 °C. Seus municípios limítrofes são: ao norte Parazinho, ao sul Bento Fernandes, ao leste Touros, Pureza e Poço Branco e ao oeste Jandaira, Pedra Preta e Jardim de Angicos. Também apresenta um parque eólico chamado Morro dos Ventos localizado no bairro de Queimadas.

Este município tem um Hospital Regional, duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e 13 UBS divididas em zona rural com sete unidades: Queimadas, Modelo 1, Lageado, Morada Nova, Amarelão, Valentim, Assunção, e 6 unidades em zona urbana: Gafuringa, São Francisco, Vila Nova, Centro de Saúde, Cohab, Bela Vista. São oferecidos sete serviços para interconsulta especializada: ginecologista, cardiologista, gastroenterologista, pediatra, urologista, dermatologista, ortopedista e oftalmologista pactuado com as redes privadas do município e também são realizados exames laboratoriais pelo SUS (exames de sangue para hemoglobina, glicose, colesterol, triglicerídeo, ureia, creatinina, ácido úrico, endoscopia, ultrassonografia, eletrocardiograma) e outros. Os exames de maior complexidade são realizados na capital do estado.

A UBS que estou alocada é rural, tipo ESF localizada no povoado de Valentim, tem 16 anos de funcionalidade, está vinculada à prefeitura, com uma área de abrangência de 1.750 pessoas, e 352 famílias cadastradas, com um total de 870 mulheres para 50,3%, e 868 homens para 49,7%. Temos uma equipe de saúde da família integrada por: um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal, um técnico em farmácia, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços de limpeza e 4 agentes de saúde.

A estrutura não tem a normativa de um posto de saúde atual, é um pequeno local adaptados com condições mínimas para prestar o atendimento médico, suas paredes são de tijolo, as janelas e portas de madeira, o piso de cerâmica lavável, a área da recepção é compartilhada com a sala de espera dos usuários onde se faz acolhimento e ações educativas. Da mesma forma a sala de consulta médica é compartilhada com a enfermagem, e consultório ginecológico. Temos como planejamento das consultas a estratégia de um dia fixo da semana fazer as visitas domiciliares pelo médico e o rastreamento de câncer de colón de útero pela enfermagem no consultório com objetivo de não reduzir os atendimentos, a sala da farmácia está compartilhada com arquivamento dos prontuários clínicos dos usuários, os mesmo estão ordenado por família, a sala de esterilização está compartilhada com lavagem e descontaminação de material, temos um só banheiro para os funcionários da UBS e usuários, temos um pequeno local para depósito do material de limpeza, não temos sala de vacina e levamos a vacina desde a sala central do município a UBS em caixa térmica aos usuários que precisam a exemplo das grávidas, crianças e idosos.

Não temos sala de curativo, sendo os mesmos feitos no domicílio de cada usuário. Não temos cozinha na UBS nem consultório odontológico, por conta disso, só se realizam pesquisa nas comunidades de câncer bucal, e prevenção de caries, as ações odontológicas são realizadas 4 vezes na semana em uma USB com consultório odontológico pelo odontólogo da área ou no carro móvel que tem todo o equipamento odontológico para as áreas de UBS rural de acordo com prévio planejamento com o coordenador de odontologia do município.

A UBS também não tem sala de reuniões, as mesmas são realizadas na área da recepção uma vez por semana depois do horário de trabalho. Não temos sala para coleta de análise clínica, os usuários que precisam, são coordenados no laboratório do município ou Hospital. Sobre o tema dos resíduos sólidos, é recolhido diariamente pela auxiliar de serviço de limpeza onde é armazenado e queimado semanalmente em área longe da USB com o objetivo de reduzir a contaminação ambiental que é prejudicial para a saúde, o lixo contaminado e não contaminado são recolhidos semanalmente pela empresa que presta serviço terceirizado (CERQUIP) a prefeitura para tratamento adequado.

Sobre a disponibilidade de equipamentos e instrumentos de uso geral em minha UBS são insuficientes, não temos equipamentos para comunicação, informação e informática como: telefone fixo, computador e internet, todos estão centralizados na secretaria de saúde. Para realizar os acompanhamentos dos programas de hipertensão e diabetes, detecção precoce de câncer de colo de útero e mama, para criança crescimento e desenvolvimento, saúde de pessoa idosa, atenção ao pré-natal e puerpério também temos dificuldades com os equipamentos como negatoscopio, oftalmoscópio, balança para criança para fazer as consultas nas comunidades. Como alternativa utilizamos a luz branca da consulta para avaliar os Rx, os usuários que precisam fundo de olho são encaminhados para oftalmologista do município, para realizar as consultas das crianças nas micro- áreas utilizamos a balança digital de adulto, usando o método de (dobro pesada).

Na UBS temos todos os cadernos de atenção básica para cada programa e os protocolos de diagnóstico e tratamento, porém estão ausentes os livros didáticos para as áreas clínica: dermatologia, ginecologia, medicina interna, medicina ambiental e pediatria. A maioria existe em formato digital na secretaria de saúde. Os Materiais para realizar atividades coletivas na comunidade para melhor controle e prevenções destes programas são insuficientes, estando a maioria centralizado na secretaria de saúde e são utilizados previa coordenação. Nossa equipe por meios próprios utiliza o computador de uso pessoal, pesquisamos em escola, biblioteca, outras instituições do próprio município materiais que ajude a enriquecer os temas das palestras, também convidamos profissionais mais capacitados em alguns temas de saúde para desenvolver melhor as ações educativas.

Os medicamentos são oferecidos de forma gratuita e controlados com as receitas médicas, quando não tem disponibilidade suficiente para as doenças crônicas dos medicamentos (HAS DM), os mesmos são adquiridos gratuitamente nas farmácias comunitárias com validade de três meses ou na farmácia da secretaria de saúde do município.

Passamos por dificuldades com o conselho local de saúde /conselho de gestão participativa, pois o mesmo não existe na UBS só existe a nível municipal. Este tema será resolvido em reuniões programado pela secretaria municipal de saúde com a proposta de sua descentralização para cada uma das UBS.

Sobre demanda espontânea o acolhimento dos usuários é oferecido por qualquer integrante da equipe, já que todos estão capacitados para classificar os usuários de acordo com o risco biológico e risco de vulnerabilidade social, porém a maioria das vezes é feito pela administradora, recepcionista e técnica de enfermagem para melhor organização e redução da demora nos atendimentos. Além disso, os dias de atendimento para as consultas são demanda espontânea porque em nossa área de abrangência temos 6 micro áreas de atendimento e é um dia de consulta para cada uma. Em cada micro área temos agentes de saúde que ajudam no acolhimento dos usuários.

Em relação à acessibilidade e barreiras arquitetônicas – mais de 50% da população da UBS é idosa e a maioria tem doenças crônicas ou limitações que impedem a sua locomoção. Além disso, na UBS existe uma inadequada sinalização para usuários deficientes visuais e auditivo, a escadas sem corrimões, pouco espaço para cadeira de roda, que impede sua mobilização, portanto, as limitações encontradas dificultam o acesso destes usuários. Nossa equipe de saúde tem identificado a quantidade de idosos e deficientes nas comunidades onde as ações de saúde são feitas em seu domicílios ou num pequeno local adequado, com prévio planejamento com os agentes de saúde e liderança das comunidades para seu atendimento. Os integrantes da equipe continuam trabalhando e oferecendo os serviços com muita dedicação e amor para melhorar a saúde da população.

Em relação a **Saúde da Criança** minha UBS fazemos consulta de puericultura duas vezes na semana alternando consulta de enfermagem, médica, e de odontologia. O acompanhamento é feito através do protocolo do Ministério de Saúde assim como o encaminhamento para outras especialidades, hospital ou serviços de pronto socorro, em algumas ocasiões temos dificuldades para crianças que necessitam algum serviço ou seguimento para risco ou doenças encontradas nos acompanhamentos, e no município temos só um pediatra pelo SUS. Existe demora nos atendimentos, assim como com as avaliações para outras especialidades pediátricas a exemplo: oftalmologista, urologista, neurologista que não temos no nosso município, apenas no Hospital da capital do estado. Não temos demanda de atendimento das crianças com problema de saúde agudo, e fazemos o acompanhamento a grupo etário de 0 a 72 meses de idade, sempre solicitando a caderneta das crianças onde são anotados os resultados da avaliação do atendimento

e a data da próxima consulta. Também realizamos o seguimento do programa bolsa família para as crianças que precisem e contamos com o apoio de outros profissionais como: pediatra, nutricionista, psicólogo que junto à equipe de saúde da UBS fazem o planejamento e gestão do grupo de puericultura, com a participação de 100 % das mães, na realização de atividades educativas, palestra de saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção de aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis. Estas atividades são realizadas quinzenalmente pela programação das consultas dos profissionais e em algumas ocasiões existem deficiências do programa, porque as ações educativas devem ser continuas nas comunidades e infelizmente temos micro áreas descobertas que não tem agente de saúde e nossa equipe procura o apoio de lideranças, grupo de mãe, professores nas comunidades em sua preparação para que ofereçam estas atividades. Sobre o caderno de ações programáticas temos 13 crianças na área de abrangência correspondendo a 50% um valor reduzido quando comparado ao estimado pela base da distribuição brasileira que é de 26 crianças. Só fizemos na UBS acompanhamento a 9 crianças para 34,6% porque 4 delas para 15,4% fizeram seu acompanhamento em redes privadas. Também tivemos dificuldades do acompanhamento por consultas agendadas atrasadas em 01 criança para 11% porque se encontrava viajando fora do estado em casa dos familiares e 2 crianças para um 22% que não tiveram nos primeiros sete dias de vida as consultas de puericultura porque foram embora para as casas de parentes para seu acolhimento.

Em relação ao **Pré-Natal e Puerpério** nossa equipe e lideranças comunitárias fazem gestão, coordenação, avaliação e planejamento do programa materno-infantil. Os acompanhamentos são realizados pela médica e enfermeira duas vezes na semana utilizando protocolo de diagnóstico e tratamento do Ministério de Saúde. Nos atendimentos são solicitados os exames correspondentes por trimestre e são realizados no laboratório do município, exceto os exames de test. Rápido de gravidez, HIV, VDRL que são feitos na UBS. O acompanhamento que realizamos com as gestantes e puérperas também têm como objetivo identificar algum fator de risco que dificulte sua saúde e precise ser encaminhada para algum serviço de ginecologista, nutricionista, infectologista ou outros. Além disso, as gestantes e puérperas têm prioridade de atendimento se apresenta algum problema agudo, não sendo necessário esperar pelo atendimento de consulta planejada.

Nossa equipe faz atividades de grupo com as gestantes e puérperas quinzenalmente na UBS, escola ou comunidade sobre a importância das consultas, da participação de algum membro da família e/ou parceiro sexual nas atividades educativas para compartilhar dúvidas e experiências, também sobre a realização de exercícios físicos na gravidez já que proporciona benefícios para o parto, sobre alimentação saudável, o ganho de peso por mês, as vacinas, a saúde bucal, o aleitamento materno, cuidado de recém-nascido, a orientação sobre as relações sexuais depois do parto, e uso de métodos contraceptivos, a consulta de puericultura das crianças, o teste do pezinho e outros. Na avaliação do caderno das ações programáticas em minha área de abrangências temos 11 gestantes de elas só 5 grávidas estão sendo acompanhadas para 29 % na UBS, o valor é reduzido ao estimado pela base da distribuição brasileira que é de 18 grávidas, já que as maiores das mulheres em idade fértil estão fazendo escolaridade e evitam a gravidez, não tem trabalho fixo, tem um bom planejamento familiar, não tem parceiro sexual seguro ou estão sendo acompanhadas nas redes privadas. As 5 grávidas foram captadas precocemente e acompanhada no primeiro trimestre de gravidez, logo no segundo trimestre 02 delas para 40% não tiveram consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, porque uma se encontrava viajando em casa de parentes e outra fez seu atendimento em rede particular por ter uma gravidez de risco e existir dificuldades do atendimento por ginecologista do município. Em relação a avaliação de saúde bucal tivemos 1 gestantes para 20%, que teve dificuldades por avaliação incompleta, precisava de próteses dentárias e existe demora deste serviço, porém está encaminhada para seu tratamento, os exames ginecológicos correspondentes as gestantes em sua avaliação de atendimento só 4 grávidas, o que corresponde a 80% foram feitas porque tivemos 01 gestante para 20% que não foi avaliada na UBS, pois, se encontrava internada no Hospital. Em relação às puérperas temos o número de 13 na área de abrangências e estão sendo acompanhadas 9 para 35%, de acordo ao estimado pela base da distribuição brasileira o valor está abaixo que é de 26 puérperas. Das 9 puérperas acompanhadas, tivemos 2 puérperas para um 22,2% que não fizeram consulta de puerpério até as 42 semanas pois foram embora para as casas de familiares em outras áreas para seu acolhimento, e as outras 2 puérperas para um 22,2% que não foram avaliados por Inter consulta, porque fizeram seu atendimento em redes particulares.

Em relação ao programa do **Câncer de Útero e de Mama** temos 435 usuários acompanhados pelo programa de câncer de colo de útero para 99% coasse perto ao estimado pela base da distribuição brasileira, e 280 usuários acompanhados pelo programa de câncer de mama ,valor que está por cima ao estimado pela base da distribuição brasileira que é de 131 o mesmo não foi preenchido o caderno das ações programáticas, os acompanhamentos destes programas em minha UBS são realizados pela médica e enfermeira dois dias na semana seguindo o protocolo de diagnóstico e tratamento do Ministério de Saúde. As coletas para exames citopatológicos são feitas na mesma UBS e registradas no prontuário clínico e no livro específico para resultados citopatológicos coletados, assim como com os resultados das mamografias solicitadas. Estes registros são revisados semanalmente pela médica, enfermeira e técnica de enfermagem com o objetivo de verificar os exames com amostra satisfatória ou alterada, as mulheres com acompanhamento em atraso e a qualidade do programa. As dificuldades encontradas nos acompanhamentos realizados na UBS, nosso equipe, juntos aos agentes de saúde e lideranças nas comunidades fazemos ações de saúdes como as visitas domiciliares, o controle mediante um cadernos das mulheres de 25 a 64 anos para o rastreamento de câncer de colo de útero e as mulheres de 50 anos a 69 anos para o rastreamento de câncer mama pelos ACS onde realizam seu atendimento com o objetivo de oferecer de maneira continua atividades educativas, palestra nas comunidades, escolas, e o grupos de mulheres de temas sobre a importância da realização dos exames citopatológicos, o autoexames de mama, os malefícios dos hábitos tóxicos (tabagismo, álcool), sobre a promiscuidade, importância do uso de preservativos ,já que estas atividades são planejadas quinzenalmente pela programação de consultas dos profissionais de apoio: ginecologista, nutricionista, psicólogos e só participam 90% das mulheres.

Além disso, temos dificuldades nas avaliações ginecológicas das usuárias de risco, pois só temos um médico para todas as equipes ESF do município, e as consultas com o mastologista e as mamografias solicitadas só são realizadas na capital do estado.

Em relação ao programa de **Hipertensão e diabetes** os usuários são acompanhados pela médica, enfermeira, nutricionista e odontólogo de acordo com o protocolo de diagnóstico e tratamento do Ministério de Saúde, é realizado o registro

no prontuário clínico, no formulário especial para estas doenças, nas fichas de atendimentos odontológicos, nutricionais e de vacinas. Os registros são verificados semanalmente pela equipe com o objetivo de identificar os usuários faltosos, com procedimentos atrasados e doentes de alto risco, para melhor controle do programa, e encaminhamento sem precisar Inter consultas de algumas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto socorro. Além disso, na UBS não temos demanda de atendimentos de usuários com problemas de saúde agudo devido a esta doença, e os usuários acompanhados saem do atendimento com a próxima consulta programada.

Na UBS tivemos dificuldades com o programa por demora dos atendimentos da consulta de cardiologista para usuários com alto risco de doenças cardiovascular, pois temos só um médico para todo o município. A realização do ecocardiograma só é feito na capital do estado, assim como as Inter consultas de angiologia e endocrinologia principalmente para os usuários com Diabetes Mellitus, os usuários que precisam são coordenados pelo NASF ou pela secretaria de saúde para sua realização. No primeiro trimestre do ano tivemos um aumento da incidência da Hipertensão Arterial, onde fizemos uma avaliação geral dos usuários envolvidos e encontramos que a maioria tinha muitos fatores de risco que aumentavam a probabilidade desta doença como: obesidade, sedentarismo, hipercolesterolêmica, descontrole alimentar. A partir dessa avaliação realizamos o planejamento de atividades educativas, palestras a grupos de usuários com hipertensão e usuários com diabetes, nas UBS, nas escolas, nas comunidades sobre a importância de realizar atividades físicas regulares, redução do consumo de bebidas alcoólicas, os malefícios do tabagismo, a adoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e sempre com a participação de outros profissionais, psicólogos, professores de educação física, NASF e funcionário da secretaria de saúde com o objetivo de melhorar o controle desta doença e indicadores de saúde. Estas atividades são realizadas quinzenalmente e ainda existem deficiências do programa, por enquanto temos que garantir que estas atividades sejam contínuas na comunidade. Para isso é importante o envolvimento dos agentes de saúde, lideranças e equipe e a realização dessas atividades em outras instituições sociais da área de abrangência, a divulgação de temas relacionados a estas doenças na rádio entre outros equipamentos sociais. Sobre o caderno das ações programáticas em relação ao programa de Hipertensão arterial temos o

estimado pela base da distribuição brasileira de 363 o valor está por acima ao estimado dos usuários acompanhados na UBS que é de 150 para 41,3%, encontrando-se na área de abrangências 30 usuários que não são acompanhados em minha UBS, porque seus atendimentos são feitos em outras áreas de saúde.

Sobre os usuários acompanhados em ocasiões existem dificuldades para fazer a realização dos exames periódico em dia, temos 20 usuários para 13,3% que não fizeram, porque 15 deles para 10%, trabalham longe em outras cidades e chegam às comunidades em 2 a 3 meses e 5 para 3% que fizeram seus exames em redes privadas. Também temos 33 usuários para 22% que tiveram atraso em consulta por mais de 7 dias, deles tivemos 4 usuários para 2,6% que se encontravam ingressados por outras doenças, 15 para 10% se encontravam trabalhando fora do estado, 10 para 6,6% de férias em outras cidades e 4 para 2,6% que esqueceram da consulta e nossa equipe já fez a visita domiciliar. Também realizamos a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico aos 150 usuários acompanhados com Hipertensão arterial sistêmica na UBS que representa 100%.

Avaliando o programa de Diabetes temos 80 usuários na área de abrangência, só estão fazendo acompanhamento 44 para 42,3% o valor que está abaixo ao estimado pela base da distribuição brasileira que é de 104 usuários, os 36 usuários para 34,6% não fazem acompanhamento na UBS são feitas em redes privadas ou em outras áreas de atendimentos.

Além disso, os usuários acompanhados temos 12 para 27% que tiveram atraso de consulta agendada por mais de 7 dias e também os exames periódicos atrasados porque 6 para 13,6% trabalham longe da cidade e voltam para as comunidades os fins de semana, 2 para 4,5% se encontravam de férias fora da cidade e 4 para 9% estavam ingressados em hospital por cirurgia de próstata, hérnia e outras doenças. Também nossa equipe faz a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico aos 44 usuários com diabetes que constituem o 100% dos usuários acompanhados por ser esta doença um fator do risco para as doenças cardiovasculares, ao igual que o exame dos pulsos tibial posterior e o exame dos pés.

Também tivemos dificuldades do programa, por 4 usuários para 9% que não queriam fazer o acompanhamento porque são idosos, deficientes, moram só e apresentavam dificuldades para trasladar-se até a UBS e para realizar os exames

correspondentes, porém com ajuda dos agentes de saúde as lideranças nas comunidades e as visitas domiciliares lucraram fazer seus acompanhamentos, ao igual que a realização de teste rápido de perfil glicêmico com o glicômetro. Também tivemos 1 usuário para 2,2% com insuficiência renal, por diagnóstico tardio da doença, e fazia seu acompanhamento inadequado, já foi avaliado pelo nefrologista e continua em tratamento.

Sobre o acompanhamento a **Saúde do Idoso** é realizada os atendimentos pelo protocolo de diagnóstico e tratamento, todos os dias da semana pela enfermagem e médico geral, e é registrada no caderno de saúde a pessoa idosa e os prontuários clínicos com o objetivo de verificar os idosos faltosos, com acompanhamento atrasados, os de risco, este registro é revisado por a equipe, semanalmente, para fazer a avaliação do programa, além disso, os idosos acompanhados saem do atendimento com a data da próxima consulta e não temos demandas por problema de saúde agudo.

Nas UBS fazemos visitas domiciliares aos que precisem para oferecer maior rapidez na recuperação da doença, afastar o risco de infecção hospitalar, reduzir a utilização de leitos hospitalares, reduzir os custos por dia de internação, proporcionar tranquilidade ao paciente por estar no meio familiar, prevenir ou minimizar a eventualidade de sequelas e reduzir a intervenção por recidiva. Também realizamos na UBS atividades educativas, palestras planejadas nas comunidades e com apoio de outros profissionais como psiquiatra, psicólogo, o NASF com o objetivo de oferecer melhor acompanhamento, sobre os hábitos alimentares saudáveis, saúde mental, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Este programa na UBS apresenta deficiências temos só a participação de 85% dos grupos de idosos nas atividades educativas, o cumprimento em dia dos acompanhamentos, e do apoio de familiares, as avaliações do risco de morbimortalidade. A maioria dos idosos tem limitações quer seja pela idade, doenças crônicas ou dificuldades de locomoção. Nossa equipe utiliza como estratégia realizar atividades contínuas no domicílio pelos agentes de saúde e lideranças nas comunidades, e a coordenação com a secretaria de saúde para a realização planejada de um educador físico no grupo de idosos, de um transporte para a realização de exames laboratoriais para avaliar os riscos.

Na avaliação quantitativa e qualitativa do programa do período, tivemos 10 acompanhamentos para 2,7%, foi uma semana atípica de atendimento porque o estimado no mês seria de 40 atendimentos para um 11,0% de todos os idosos acompanhados na UBS, que é suficiente para atender a população alvo. Os usuários acompanhados desta semana todos tinham caderneta de idosos, a avaliação multidimensional rápida, a avaliação de fragilidade na velhice, a orientação nutricional e sobre prática de atividade física, porém tivemos deficiências, com 4 idosos para 40 % dos acompanhados da semana que não fizeram sua avaliação do programa de saúde bucal em dia ao igual que a avaliação de risco para morbimortalidade porque se encontravam ingressados, moram só, outros com limitação de locomoção e precisam do apoio de outra pessoa.

Em relação a **Saúde Bucal** minha UBS não tem sala para consulta de odontologia, pela coordenação da secretaria municipal de saúde, os usuários acompanhados os atendimentos são realizados em outra UBS que apresenta sala de consulta com o equipamento completo para fazer os procedimentos necessários por o odontólogo da área, e é feitas quatro dias na semana, em dois turnos com um total de atendimento para 20 usuários, e também realizada por um carro móvel, que tem todo o equipamento para fazer os procedimentos odontológicos nas UBS rural, direcionado pelo coordenador de odontologia do município, com o objetivo de oferecer atendimento médico aos lugares de difícil acesso, as escolas nas comunidades, aos usuários que tem algumas limitações de locomoção, situação econômica desfavorável, ou outras. Este serviço é planejado com as equipes de saúde das UBS rural, e são realizados 15 atendimentos por dia. Todos os acompanhamentos odontológicos são realizados por protocolo de diagnóstico e tratamento e são registrados na ficha individual para todos os usuários e no caderno para os atendimentos odontológicos.

Além disso, a equipe de odontologia da UBS faz uma vez por semana visitas domiciliares nas comunidades principalmente as micro áreas descobertas e aos grupos vulneráveis, idosos, os usuários com doenças crônicas, e quinzenal junto com os agentes de saúde e lideranças nas comunidades a realização de atividades coletivas, palestras nas UBS ou instituição social nas comunidades que tenha uma capacidade para 20 pessoas com o objetivo de realizar o rastreamento de câncer bucal, a redução

de alterações odontológicas previsíveis na revisão geral da cavidade bucal, a aplicação de flúor, a entrega de escova e pasta dental para todos os usuários.

Nossa UBS continua trabalhando e ainda existem dificuldades com os serviços odontológicos, em ocasiões existem urgências odontológicas, que não pode ser resolvida na área, porque as consultas são planejadas ou a médica se encontra em outras atividades de saúde, e não há existência de plantão no Hospital do município desta especialidade. Nossa equipe junto a coordenador municipal de odontologia avalia estas deficiências e como alternativa se decide a realização dos atendimentos em outra UBS perto a minha área para os usuários que precisem dos serviços por alguma urgência, e a coordenação pela secretaria de saúde com redes privadas sobre a prestação do serviço.

Avaliando o caderno de ações programáticas minha UBS fez em o mês um total de 174 atendimentos odontológicos por faixa etária para um 9,9%, em relação a minha área de abrangência, dos atendimentos realizados tivemos dificuldades, fizemos atendimentos de consultas programadas a 151 usuários para 8,6% e 23 usuários para 1,3% com atendimento médicos não programados, estes usuários que tiverem atendimentos não programados foram atendidos por urgências odontológicas e foram classificados por a faixa etária, o grupo etário de 0-4 anos tivemos 2 para 33%, o grupo etário de 5-14 ano foram atendidos 1 usuários para 8 % por dor aguda, queda de obturações, os grupos etários de 15-59 ano tivemos 18 para 18%, o grupo etário de ≥ 60 ano foram atendidos 2 usuários para 7,1%, por alterações agudas, por dor de dente e também por queda da obturações realizadas.

Os usuários acompanhados com consultas programadas também tiveram dificuldades, com o tratamento odontológico inicial completo, os usuários dos grupos etário de 0-4 anos tivemos 6 para 100% e as 5 gestantes atendidas para 100% tiveram um tratamento inicial completo as causas foram obturações, extrações dental e o procedimento foi feito a mesma consultas, os usuários dos grupos etários de 5-14 anos tivemos 7 para 58%, os grupos etários de 15 -59 anos tivemos 70 para 70%, e os grupos etários ≥ 60 anos tivemos 13 para 46% que só fizeram tratamento completo porque os 50 usuários para 33% que não tiveram um tratamento completo foram encaminhados para outras especialidades como ortodontia, próteses e outros.

Os maiores desafios e melhores recursos que minha UBS apresenta é a união da equipe, organização na prestação dos serviços e 100% da participação dos integrantes da equipe no trabalho nas comunidades. Com os relatórios feitos dos aspectos levantados nos questionários, a equipe pretende realizar um melhor planejamento do trabalho e fazer o acompanhamento dos programas envolvidos com qualidade. É importante também o envolvimento de lideranças e agentes de saúde principalmente para áreas descobertas para avaliar melhor a população da área de abrangência. Em relação às avaliações realizadas dos Cadernos das Ações Programáticas minha equipe vivenciou mudanças no acompanhamento dos programas proposto pelo Ministério de Saúde. Mais de 90% dos usuários não faziam os acompanhamentos por desconhecimentos, e também pela influência da equipe da UBS que anteriormente estava incompleta.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao comparar os dois textos escritos em momentos muito diferentes, o primeiro texto é da Semana de Ambientação, pré-unidade Situacional e faz um retrato geral sobre a UBS em termos de estrutura, processo e resultado. O segundo texto, baseado no Relatório de Análise Situacional nos mostra de forma mais completa e específica a UBS, focando-se nas ações programáticas.

Para mim, foi fundamental conhecer de forma mais profunda o local de trabalho, permitindo conhecer assim suas fraquezas, limitações e suas potencialidades. Além disso, o fato de ter acesso a documentos que norteiam o correto e qualitativo atendimento (protocolos do Ministério da Saúde) permitiu vivenciar na prática o que se é pedido no ideal (geralmente, muito diferente e caótico).

Os desafios são extensos e envolvem não só o sistema, mas também os profissionais envolvidos na atenção primária em saúde. Posso dizer que a partir da teoria aliada à prática, o quanto é fundamental realizar o diagnóstico da situação, para o planejamento de ações no serviço que realmente sejam efetivas, principalmente, em áreas, onde há escassez de recursos humanos e/ou materiais.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são doenças multifatoriais que atingem milhões de pessoas, geram alta morbimortalidade no Brasil e do mundo e também como fator de risco para doenças cardiovasculares. Acreditamos que o conhecimento dos usuários envolvidos por estas doenças pode reduzir o número de complicações, de mortes, e a redução nos custos e complexidade com o tratamento (SCHMIDT et al., 2011; BRASIL, 2013). Anteriormente os usuários diagnosticados utilizavam medicação de modo irregular devido ao aspecto assintomático nos primeiros 15-20 anos de evolução, sendo difícil convencer seu perigo potencial que corre e da necessidade de mudar o estilo de vida. Portanto com a implementação nas UBS da estratégia Saúde da Família consideramos uns dos desafios feitos pelo protocolo de diagnóstico e tratamento pelo Ministério de Saúde (MS), já que, permitiram mudar o modo de vida na prevenção e promoção de saúde, tratamento e reabilitação nos usuários. Além disso, pela alta incidência é de muita preocupação destas doenças se observa que a repercussão pelos maus hábitos alimentares, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo e bebidas alcoólicas são fatores de risco para adquiri-la e por isso devemos atuar mediante as ações programáticas.

A UBS que estou alocada é rural, tipo ESF localizada no povoado de Valentim, tem 16 anos de funcionalidade, está vinculada a prefeitura, com uma área de abrangência de 1.750 pessoas, e 352 famílias cadastradas, com um total de 870 mulheres para 50,3%, e 868 homens para 49,7%. Temos uma equipe de saúde da família integrada por: um médico clínico geral, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista, um técnico de saúde bucal, um técnico em farmácia, um auxiliar administrativo, um auxiliar de serviços de limpeza e 4 agentes de saúde.

A estrutura não tem a normativa de um posto de saúde atual, é um pequeno local adaptado com condições mínimas para prestar o atendimento médico, suas paredes são de tijolo, as janelas e portas de madeira, o piso de cerâmica lavável, a área da recepção é compartilhada com a sala de espera dos usuários onde se faz acolhimento e ações educativas.

Em minha UBS a população alvo é de 1750 pessoas com a realização do novo cadastramento feito o ano ontem, lucrarmos atingir a cifra de 150 hipertensos para 41% e 44 usuários com diabetes para 42%, para ser acompanhados na UBS, os mesmos são realizados pelo protocolo de diagnósticos e tratamentos do ministério de saúde, desta forma existe melhor controle, organização e oferecemos melhor qualidade dos serviços prestados e assim reduzimos os indicadores de saúde. As ações de promoção em saúde são desenvolvidas na UBS ou nas comunidades prévio planejamentos e com apoio das lideranças nas comunidades, promotores de saúde, o grupo do NASF e secretaria de saúde do município, gestor municipal sobre a importância de reduzir as complicações, a realização das atividades físicas, da alimentação saudável, entre as ações desenvolvidas são: palestra, conversa com os grupos de HAS e DM sobre as complicações, o cumprimento das indicações médicas, dos acompanhamentos, também a utilização da rádio com fins informativos para estes programas, as realizações de painéis nas comunidades, em outras instituições sociais da área de abrangência.

A intervenção será muito importante para a UBS, porque ajudará a melhorar a qualidade de vida da população. Em minha área de abrangência escolhemos para a realização de nosso projeto o programa de HSA e DM, porque cada dia visualizou a existência de um aumento considerável de usuários com estas doenças, assim como suas complicações e também do número pequeno de usuários sendo acompanhado na UBS, com cifras muito abaixo ao estimado pela base nacional de distribuição brasileira. Temos a participação de todos os integrantes da equipe a implementação das ações programáticas a nosso projeto de intervenção sendo um fato importante para melhorar os acompanhamentos na UBS e assim cumprir nossas metas, objetivos proposto como o cadastramento, ações de prevenção e promoção de saúde para melhorar a qualidade de vida de todos os usuários envolvidos e na redução destes indicadores de saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção e assistência prestada aos usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da ESF Valentim em João Câmara / RN.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

- **Objetivo 01:** Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes de área da abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Objetivo 02:** Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão
- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.
- **Objetivo 03:** Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa.
- Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.
- **Objetivo 04:** Melhorar o registro das informações.
- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.
- **Objetivo 05:** Mapear usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular.
- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.
- **Objetivo 06:** Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

- Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 6.5: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.6: Garantir orientação sobre tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.
- Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.
- Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

A intervenção será desenvolvida durante 12 semanas na área adstrita da ESF Valentim, em João Câmara, Rio Grande do Norte, com a participação dos profissionais da equipe da unidade de saúde, usuários com hipertensão e/ou diabetes, gestor municipal e secretaria de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários com diabetes e/ou usuários com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento

- Idealmente, a UBS deveria ter um sistema informatizado e rotineiro, permitindo que o cadastro fosse realizado de forma efetiva, mas não há isso ainda no serviço de saúde. A equipe realizará ações e visitará as famílias para verificar se todos

os usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes estão cadastrados, contando assim com auxílio inestimável dos ACS para tal tarefa.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e garantir a realização do hemoglicotestena unidade de saúde.

Detalhamento

- Os ACS receberão a incumbência de revisar os seus arquivos para terem certeza de que os usuários estão cadastrados; se isso não for possível ou estar incompleto, as visitas domiciliares servirão também para os cadastros.
- Os materiais usados na intervenção serão solicitados à gestão, embora, saiba-se que há escassez de materiais básicos nos serviços, o que tende a dificultar a realização plena dos exames.

Eixo: Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento

- A equipe de saúde realizará ações e atividades informativas e educativas na área de abrangência, através de palestras com os usuários com HAS e/ou DM (neste momento, não há grupos de educação, prevenção e promoção de saúde) e em outros momentos e oportunidades (como salas de espera), para informar à comunidade sobre como serão e quais serão os serviços prestados na unidade de saúde; além

disso, a orientação sobre as consequências destas patologias são imprescindíveis para a autoconscientização.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo manuseio adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento

- Os ACS serão orientados para o preenchimento das fichas para usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes adequado e realmente completo, permitindo assim, um correto acompanhamento.
- A médica e o enfermeiro deverão averiguar se os aparelhos, tais como, os esfigmomanômetros estão em condições ideais para o uso e se outros profissionais, como os técnicos em enfermagem estão mensurando adequadamente a pressão arterial sistêmica e o exame de hemoglicoteste.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento

- Realizar o exame clínico completo dos usuários, começando com verificação da pressão arterial, realização do exame de glicemia capilar (HGT), verificação dos sinais vitais realizados na pré-consulta e complementar com o exame físico realizado pela médica.
- Se houver possibilidade, adicionar na carteira do hipertenso e diabético, informações sobre a realização dos exames necessários recomendados pelo protocolo de manejo da diabetes e HAS.

- O enfermeiro deverá controlar, mensalmente, a relação dos usuários que retiraram a medicação junto à farmácia da UBS, além de nas pré-consultas, perguntar se os usuários tiveram acesso às suas medicações. Caso algum não tenha tido acesso, essa informação deverá ser registrada no prontuário do usuário, além de que o enfermeiro deverá buscar informar-se se o usuário não teve acesso à medicação por falta de medicação ou por não ter ido retirar as mesmas.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Contar, de preferência, com apoio da gestão e da prefeitura pela oferta de cursos, por exemplo.
 - Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares
 - Garantir com o gestor municipal agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo
 - Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados;
 - Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
 - Manter registros das necessidades de medicamentos.

Detalhamento

- Durante a pré-consulta realizada pelo enfermeiro e técnica em enfermagem, deverão ser checados os sinais vitais, Pressão Arterial, HGT, e no mínimo uma vez por mês, pesar, medir a altura e a circunferência abdominal dos usuários. Esses dados deverão ser anotados na Ficha de Atendimento, no cartão dos Usuários com hipertensão e usuários com diabetes e no prontuário médico dos mesmos. Posteriormente, durante as consultas, caberá ao médico realizar os exames físicos e anamnese necessária. Além disso, todas as informações devem ser completas, incluindo as datas dos exames realizados e agendados.
- Quanto à capacitação, caberá a médica e enfermeiro, programarem-se para que a cada 3 meses seja realizado uma espécie de oficina, para que em conjunto com toda a equipe, sejam trocadas as experiências, discutido as dúvidas e proporcionado as atualizações sobre manejos e condutas sobre esses usuários.

- Caberá ao enfermeiro solicitar ao gestor o protocolo para HAS e DM de forma impressa, ou na forma de livro, proporcionado pelo Ministério da Saúde.
- Para estabelecimento do sistema de alerta, acredito que será difícil, pois idealmente, teríamos que ter um sistema informatizado para avisar o usuário (alerta).
- É necessário realizar uma lista com os medicamentos disponíveis na Farmácia Popular, e prescrever, na medida do possível, os medicamentos que estiveram na lista.

Eixo: Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e qual seria a periodicidade para a realização dos mesmos.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento

- A equipe de saúde deverá realizar atividades, em forma de grupo, palestras e oficinas com a finalidade de informar à comunidade sobre os serviços que a equipe está desenvolvendo na comunidade, qual sua finalidade, quais os benefícios que essas atividades vão resultar e quais as complicações e riscos que os usuários com diabetes e/ou usuários com hipertensão estão sujeitos, principalmente se terem seus níveis pressóricos e glicêmicos controlados. Além disso, os usuários serão orientados sobre a existência da Carta dos direitos dos usuários do SUS, e seus direitos de terem acesso sobre as medicações hipoglicemiantes e anti-hipertensivas.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade para solicitação de exames complementares;

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento

- A médica deverá manter-se atualizado e proporcionar à equipe as orientações sobre as medições corretas de pressão arterial (segundo protocolo), glicemia capilar e sinais vitais. Além disso, orientar corretamente, inclusive os ACS e equipe sobre a necessidade de encorajar os usuários a mudarem certos hábitos alimentares e dinâmicos que possam interferir diretamente na qualidade de vida nos resultados dos tratamentos prescritos para os usuários.
- Caberá a médica e enfermeiro estarem atentos às medidas da pressão arterial e outros procedimentos realizados pela técnica em enfermagem, a fim de instruí-la sobre a realização correta dos procedimentos, caso necessário.
- Será solicitado à farmacêutica para que a mesma oriente a equipe de ESF sobre as alternativas que os usuários têm para conseguir ter acesso contínuo aos medicamentos necessários.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes às ações.

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento

- Caberá à equipe elaborar um cartão, podendo ser acrescentado um campo no próprio cartão do hipertenso e diabético, específico e destinado ao agendamento das futuras consultas, dessa forma, no final de cada consulta, o usuário sairá da unidade com a próxima consulta agendada, facilitando o acompanhamento.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento

- Quando o enfermeiro identificar que um usuário faltou a consulta, assim que possível, deverá comunicar o ACS responsável por tal usuário, para que o mesmo entre em contato para averiguar porque o usuário faltou a consulta e para orientá-lo para que não falte mais. Caso o usuário não esteja conseguindo ir à UBS devido suas condições de saúde, então será agendado uma visita domiciliar onde a equipe se deslocará até a residência do mesmo para a consulta.

- Também será desejável o engajamento e comprometimento por parte dos ACS na busca pelos faltosos;

- A equipe deverá encontrar na agenda um espaço para atender aos faltosos, podendo-se usar o espaço da agenda diária, destinados à demanda espontânea, uma vez que essas consultas excepcionais, provavelmente, não serão frequentes.

Eixo: Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento

- Através de palestras, durante as atividades de grupo e durante as consultas, caberá a equipe informar a população sobre a necessidade da realização das consultas de forma periódica, conforme o protocolo do Ministério da Saúde, a fim de evitar as complicações (consequências) cardiovasculares, entre outras, causadas por essas doenças, que poderão ser controladas caso haja interação e comprometimento entre os usuários e a equipe.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Treinar os ACS para a orientação de usuários com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento

- É desejável que os profissionais médico e enfermeiro possa trabalhar, em conjunto, com os ACS para repassar informações sobre educação, prevenção e promoção à saúde. A partir disso, os ACS terão condições de se *empoderar* e realizar orientações para os usuários também.

Objetivo 4: Melhorar e organizar os registros dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento

- Toda consulta realizada pela equipe deverá ser registrada no prontuário, nas Fichas de Atendimento (FA) e certos dados no livro de registro. Periodicamente o enfermeiro deverá para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados. O pacto deverá envolver toda a equipe.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento

- Todas as consultas realizadas pela equipe deverão ser registradas no prontuário, nas Fichas de Atendimento (FA) e certos dados no livro de registro. Periodicamente o enfermeiro deverá sondar pelo livro de registro e nos sistemas de armazenamento de dados disponíveis para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados.

Eixo: Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento

- Durante as visitas domiciliares, consultas e atividades em grupo, informar a população sobre seus direitos sobre o acesso a segunda via dos seus registros.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário para o acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento

- A médica e/ ou enfermeiro deverão manterem-se atualizados e repassarem as atualizações que surgirem para os demais integrantes da equipe para que se faça de forma adequada e efetiva os registros dos procedimentos clínicos realizados na UBS.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular**Eixo: Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de usuários com hipertensão com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento

- Verificar nos registros e prontuários a realização da estratificação de risco de forma periódica para nos certificarmos de que todos os usuários tenham sido avaliados conforme preconizado pelo protocolo do Ministério da Saúde. Os usuários que não tiveram sua estratificação de risco feita deverão ser acionados pelos ACS para que compareçam à UBS para consultar e para ser avaliado num dia a combinar, conforme a possibilidade do usuário.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento

Os usuários de alto risco deverão ter prioridade no atendimento e deverão ser encaixados na agenda de forma que sejam atendidos sem atraso, mesmo que esses necessitem ser atendidos dentro da margem diária destinada à demanda espontânea

pedindo para vir na UBS nos primeiros horários da manhã (para realização de teste de HGT em jejum).

Eixo: Engajamento público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento

• Durante as atividades de grupo e consultas de acompanhamento, a equipe deverá informar a todos os usuários quais são os seus riscos, o que isso representa para a sua saúde, e orientá-los sobre quais são as medidas saudáveis que cada um tem que aderir para diminuir os danos causados por essas doenças. Também poderemos contar, se possível, com auxílio de uma profissional nutricionista e educador físico para o desenvolvimento de atividades de educação, prevenção e promoção à saúde.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento

• A médica da unidade deverá realizar uma breve capacitação para a equipe, com o objetivo de auxiliar sobre a avaliação dos fatores de risco e para aprimorar o registro destas avaliações, além de fornecer as orientações sobre controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover à saúde aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes

Eixo: Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes com o dentista.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.

Detalhamento

- Embora tenhamos o profissional de Odontologia na equipe, não há disponibilidade de participar da intervenção, então, a avaliação odontológica (exame completo) não será ofertada aos usuários com HAS e/ou DM, porém, a médico fará uma avaliação mais rápida da cavidade bucal.

- Orientar durante todas as atividades e nas consultas sobre a importância do controle nutricional de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal corretamente.

Eixo: Organização e gestão do serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Demandar ao gestor maiores consultas para grupos de usuários que querem deixar de fumar no Programa antitabaco e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento

- Durante as reuniões entre a equipe de ESF e o gestor serão requeridos todos os meios que necessitaremos para realizarmos as atividades, tais como compra de medicamentos anti-tabagismo, por exemplo.

Eixo: Engajamento público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar usuários com hipertensão, usuários com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar usuários com hipertensão, usuários com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os usuários com hipertensão e usuários com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento

- Durante todas as atividades e nas consultas orientaremos a comunidade e principalmente os usuários com diabetes e/ou usuários com hipertensão sobre a importância do controle nutricional de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal corretamente.

Eixo: Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso / diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento

- Será programada uma capacitação para a equipe para maximizar o conhecimento da equipe, para que as ações citadas acima, possam ser efetivamente colocadas em prática. A profissional dentista será convidada, mesmo havendo pouca probabilidade de participação da mesma.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores descritos a seguir são para a mensuração de cada meta proposta para a intervenção.

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes:

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes:

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.3: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número total de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade.

Indicador 2.5: Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade.

Indicador 2.6: Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA priorizada

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.7: Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes ao programa:

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos as consultas da unidade conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de usuários com hipertensão usuários com diabetes às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa

Denominador: Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram às consultas

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade.

Indicador 4.1: Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento a 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade.

Indicador 4.2: Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS

Relativo ao objetivo 05: Mapear usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular:

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes:

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de usuários com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre riscos tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada sobre a Hipertensão e Diabetes e utilizaremos o Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde do ano de 2013 (Cadernos de Atenção Básica, respectivamente, 37 e 36), como principal fonte de informações e referência bibliográfica. Todo o trabalho da Universidade Federal de Pelotas está registrado no Comitê de Ética da Instituição (ANEXO A).

Para o registro, utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso (ANEXO B). Nesta ficha, constam informações referentes ao peso, altura, pressão arterial, glicemia de jejum, e outras considerações. Os responsáveis pela inclusão das informações serão os profissionais enfermeira e médica. Haverá monitoramento mensal para ver as informações estão sendo colocadas de forma completa e apropriada. Outro instrumento que será utilizado na intervenção é a Planilha de Coleta de Dados (ANEXO C). Esta planilha contém espaços para preenchimento de cada usuário, com suas ações realizadas ou não (um ou zero, respectivamente), permitindo assim, uma sistematização e compilação de todos os dados geradores de informações. A planilha será preenchida pela médica responsável pela intervenção.

Para monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM, será necessário criar um registro específico para eles. Para o cadastro, faremos uma atividade coletiva em que todos os membros da equipe para cadastrá-los. Os ACS também serão convidados a participarem, principalmente, no que se refere ao cadastro das famílias para que tenhamos com maior precisão o número de indivíduos com 20 anos ou mais. Outros lugares para realizar o chamamento de usuários poderão ser a Igreja e a Escola da área de abrangência (intersectorialidade). O chamamento será realizado mediante conversas e cartazes. Será realizado pela médica e enfermeira.

A capacitação será realizada na própria UBS, sob responsabilidade da médica, que lerão junto da equipe o projeto de intervenção, bem como o Manual do Ministério da Saúde e a ficha espelho para *empoderá-los* da importância da intervenção para o serviço, e principalmente, para a comunidade. Serão duas capacitações nas quais

todos os colegas serão convidados, inclusive o profissional odontólogo. A capacitação também terá a função de definir as atribuições de cada membro da equipe bem como o estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção.

Além disso, para que o acompanhamento seja mais efetivo no que se refere aos exames clínicos e laboratoriais, todos os dados deverão ser registrados nos prontuários e na ficha espelho, principalmente, as datas dos últimos exames clínicos e laboratoriais realizados. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira. A mesma situação se aplica aos dados para “alimentar” o SIAB, no qual todos os profissionais poderão realizar isso. O monitoramento do SIAB deverá ocorrer mensalmente, quando a médica e a enfermeira tiverem acesso à impressão do relatório mensal.

Ações referentes à qualidade, tais como estratificação do risco, a médica será a responsável por avaliar se todos os usuários têm esta informação bem preenchida no prontuário e na ficha espelho.

O monitoramento sobre o acesso aos medicamentos será responsabilidade da técnica em enfermagem e da agente operacional, que serão as responsáveis para a entrega dos medicamentos na UBS. A prescrição dos medicamentos será de responsabilidade da médica.

Para garantir o material adequado para a intervenção, a diretora será a responsável para fazer os pedidos ao gestor.

Para garantir a solicitação dos exames periódicos em usuários com diabetes e/ou usuários com hipertensão, acredito que não teremos problemas, uma vez que a coleta ocorre em todas as quartas-feiras e o tempo de demora, é, em média, de 15 dias. Responsáveis pelas solicitações: médica e enfermeira. Já para os exames complementares, temos um tempo demasiadamente demorado para o recebimento dos resultados, por exemplo, um eletrocardiograma, cerca de um ano. O gestor municipal será o responsável pelo cumprimento (ou tentativa) do prazo em menor tempo.

Para organizar as visitas domiciliares e principalmente, realizar a busca aos faltosos, a médica e enfermeira conversarão com os agentes comunitários de saúde sobre a importância deste trabalho. Após a busca ativa, haverá abertura da agenda da UBS para que os faltosos tenham prioridade no atendimento. Responsável pela abertura: secretária.

Para priorizarmos os atendimentos aos usuários com alto risco, será reservado um turno na semana somente para atendê-los, portanto, o atendimento tenderá a ser

mais efetivo, pois eles estarão agendados. Responsável pelo atendimento: médica e enfermeira.

Para as atividades de educação, prevenção e promoção de saúde, há necessidade de se gerar um grupo para os usuários com HAS e/ou DM para que sejam discutidos temas importantes como alimentação saudável, atividade física regular, higiene bucal, entre outros assuntos. Os grupos ocorrerão, de forma mensal, na própria UBS, por meio de diálogo horizontal e apresentação (*power point*) envolvendo os profissionais envolvidos e interessados (médica, enfermeira, ACS, auxiliar de enfermagem) e eventuais convidados, tais como nutricionista e profissional da atividade física. É importante ressaltar que as orientações não serão oferecidas somente durante a formação dos grupos e sim durante as consultas, as visitas domiciliares também. Junto das atividades, haverá degustação de alimentos saudáveis disponibilizados aos usuários, para fomentar a informação e entrega de panfleto do Ministério da Saúde (APÊNDICE A).

Para as atividades de qualificação da prática clínica, idealmente, seria importante que todos os membros da equipe fossem capacitados por cursos disponibilizados pelos gestores. De qualquer forma, a realização de conversas entre os membros da equipe também possibilitará que haja uma melhora na atenção e assistência dispensadas aos usuários.

3 Relatório da Intervenção

Após a finalização da intervenção (duração de 12 semanas), é importante e necessário refletir sobre as características relacionadas ao trabalho, tanto em termos de operacionalização, quanto do cumprimento ou não das ações previstas pelo cronograma.

Conforme o curso orienta, através da intervenção foram desenvolvidas ações nos quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Para iniciar nossa intervenção realizamos uma reunião com todos os integrantes da equipe na UBS Valentim (Figura 1), com a participação da gestora municipal e a secretaria de saúde para garantir seu apoio neste trabalho.

Na primeira semana fizemos um cronograma para uma melhor organização de nossas atividades de saúde, começamos com a capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes e a realização da busca ativa de usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes faltosos.

Tais ações foram fundamentais para qualificação da equipe frente às doenças, protocolos, assim como também o manejo (rastreamento, diagnóstico) e principais ações durante seu acompanhamento. Trabalhamos na ampliação de cobertura dos usuários com hipertensão e usuários bem como realizamos exame clínico adequado (Figuras 2 e 3), solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, avaliação dos pés dos usuários com diabetes e registro das informações.

Também realizamos atividades educativas nas comunidades com apoio de outros profissionais como o NASF (Figuras 4 e 5). Tivemos dificuldades na realização dos acompanhamentos de odontologista, nas comunidades distantes na UBS, principalmente a população alvo, por problemas técnicos com o transporte da unidade móvel de odontologia se realizaram ações com a ajuda do gestor municipal, e o

coordenador de odontologia do município, porque a população estava preocupada e além disso dificultava a continuidade da intervenção.

No início da intervenção também tivemos dificuldades que foram resolvidas com o avanço da intervenção, como as deficiências de ficha de espelho, os insumos para avaliar a estratificação do risco cardiovascular dos usuários, o mesmo foi resolvido por o apoio do gestor municipal e a secretaria de saúde, que sempre manifestarem sua colaboração na realização do projeto.

Também com o traslado dos usuários deficientes ao posto de saúde, na participação dos usuários envolvidos nas atividades educativas. Além disso, tivemos alguns dias de feriados por datas históricas que impediram a realização segundo o cronograma, porém, foram realizadas em outro momento da intervenção.



Figura 1: Fotografia da UBS Valentim em João Câmara / RN

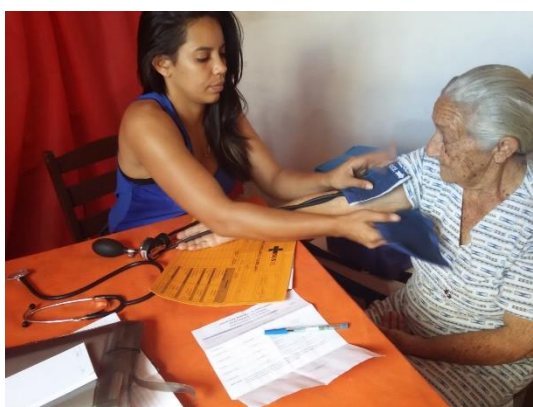


Figura 2: Fotografia do acompanhamento à usuária com diabetes pela técnica de enfermagem

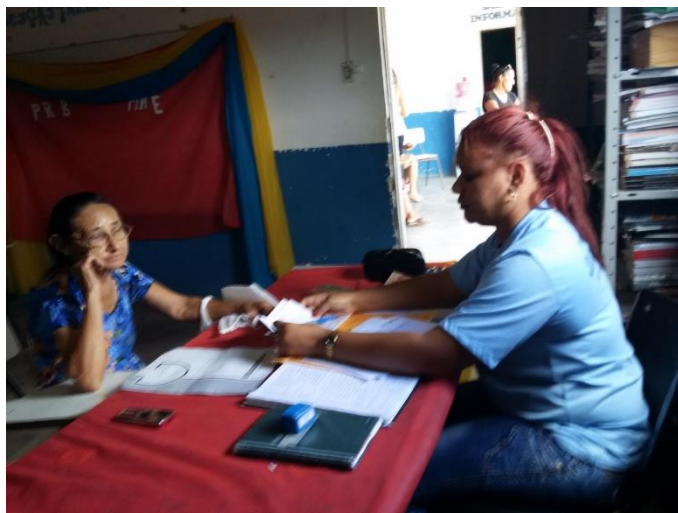


Figura 3: Fotografia do acompanhamento à usuária com diabetes pela médica



Figura 4: Fotografia da Atividade de educação, prevenção e promoção à saúde



Figura 5: Fotografia de encontro com grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes nas comunidades

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Neste aspecto consideramos que apesar das dificuldades encontradas todas as ações previstas foram desenvolvidas no prazo previsto, mesmo pela ausência da médica, demonstrando o engajamento da equipe. A médica saiu de férias e mesmo assim, houve continuidade da intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Acredito que pelo bom desempenho de nossa intervenção e as capacitações realizadas a equipe não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados, já que, se aproveitaram as reuniões para o treinamento das atividades. Tenho que reconhecer que durante o preenchimento da planilha de coleta de dados tive dificuldades e com o cálculo dos indicadores que foram compreendidas com o transcurso da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nossa equipe manteve-se muito unida na realização da intervenção o que garantiu que as atividades se tornassem parte do dia-a-dia da UBS. Mesmo que tenhamos finalizado a coleta de dados para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que é requisito para finalização da Especialização, nossa intervenção não terminou, já que, nossa meta é qualificar ainda mais o serviço de saúde, não somente para os usuários-alvo, como também para outros grupos.

Considero que dentre os aspectos que poderíamos melhorar estão o estabelecimento fixo de um dia para o acompanhamento programado para os usuários com hipertensão e usuários com diabetes. Com o objetivo de que os outros membros da comunidade não se sintam desprotegidos e tenham a possibilidade de implementar ações de saúde para esse grupo populacional. Além disso, pretendemos estabelecer os atendimentos para os usuários com hipertensão e/ou diabetes por consultas agendadas tanto para o médico como para o enfermeiro, independente da presença do médico na unidade, para assim incorporar o enfermeiro a rotina dos atendimentos.

Considero que sempre teremos coisas para modificar na medida dos atendimentos, acreditando que não impedem o bom desenvolvimento dos atendimentos.

Um fato muito importante a ser destacado é que nossa comunidade já tem conhecimento que nossa UBS está trabalhando para melhorar a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e está satisfeita com as mudanças.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Mediante a finalização da intervenção, agora é possível apresentar os resultados conseguidos através do trabalho desenvolvido em três meses na ESF Valentim, no município de João Câmara, Rio Grande do Norte.

O trabalho teve como propósito qualificar a atenção e assistência aos usuários com HAS e/ou DM mediante ações desenvolvidas junto com a equipe de saúde.

A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação em conjunto quanti-qualitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes.

- **Meta 1.1** – Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Indicador 1.1** – Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.
- **Meta 1.2** – Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Indicador 1.2** – Número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – No primeiro mês cadastraram-se 85 (32%), no segundo mês 170 (63,9%) e no último mês 255 (95,9%), considerando-se as estimativas da Vigitel / PCD de 266 usuários na área de abrangência da ESF Valentim

(Figura 6). Quanto ao diabetes, no primeiro mês, foram 24 (33,3%), seguido de 46 (63,9%) e 72 (100%), tendo como estimativa 72 usuários com DM (Figura 6).

Foi possível superar as metas graças ao esforço da equipe e às capacitações, embora, nos dois meses iniciais a intervenção pareça ter ocorrido “em marcha lenta”, possivelmente, por adaptação à reorganização da ação programática. Todavia, a fim de aumentar as coberturas, procuramos alternativas para a realização das atividades programadas nas áreas descobertas por ACS e apoio das lideranças nas comunidades.

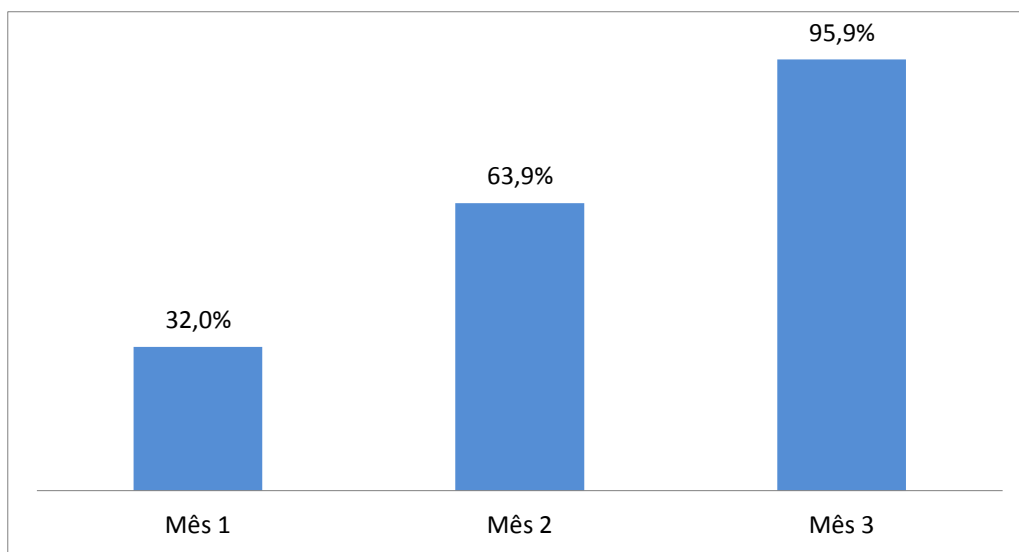


Figura 6: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

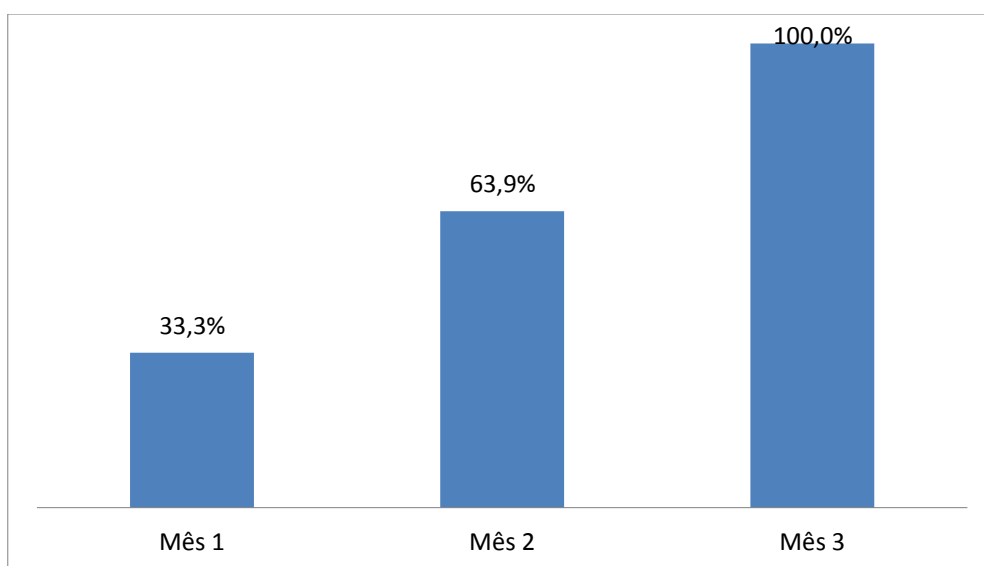


Figura 7: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

- **Meta 2.1** – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.
- **Indicador 2.1** – número de usuários com HAS com exame clínico apropriado entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.2** – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.
- **Indicador 2.2** – Número de usuário com DM com exame clínico apropriado entre o número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – Todos os usuários com hipertensão receberam exame clínico apropriada conforme os protocolos, evoluindo-se, mês a mês, em 85, 170 e 255 (100%). Similarmente, todos os usuários com diabetes também foram avaliados, seguindo-se 24, 46 e 72 (100%).

As metas foram atingidas em todos os meses, configurando-se uma atenção integral ao processo de saúde-doença dos usuários; nesse sentido, as capacitações foram essenciais para que as atividades fossem padronizadas na ESF Valentim.

- **Meta 2.3** – Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).
- **Indicador 2.3** – Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia entre o número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.
- **Descrição dos resultados** – Todos os usuários com diabetes, respectivamente, 24, 46 e 72 (100%), nos meses 1, 2 e 3, receberam exame dos pés, que foi realizado pela médica e enfermeira, por meio de uma organização das atividades na ESF e nas comunidades.
- **Meta 2.4** – Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Indicador 2.4** – Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

- **Meta 2.5** – Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Indicador 2.5** – Número total de usuários com DM com exame complementar em dia entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – Solicitou-se a realização de exames complementares a 69 usuários com HAS (81,2%) no 1º mês, 146 (85,9%) no 2º mês e 218 (86,5%) no 3º mês (Figura 8). Similar evolução ocorreu com os usuários com diabetes em que se atingiram 21 (87,5%), 41 (89,1%) e 64 (88,9%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 9).

Em relação à solicitação e realização dos exames complementares segundo os protocolos, no início da intervenção tivemos dificuldades pelo desconhecimento dos usuários da importância desses exames para melhora acompanhamento bem como houve dificuldades quanto ao transporte dos usuários que moravam distantes da ESF e também porque houve déficit na quantidade de materiais e insumos. Por isso com o apoio da gestora na divulgação deste trabalho, sua importância por meio da radio, cartazes e na realização de exames priorizados para este grupo de população alvo que este participando do projeto.

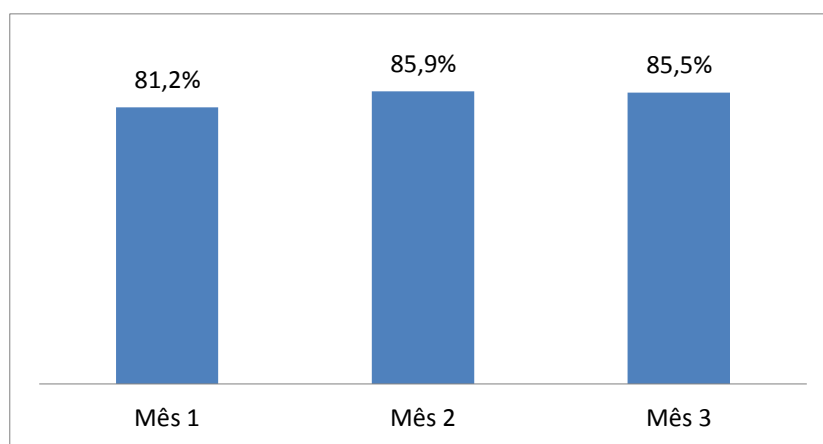


Figura 8: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

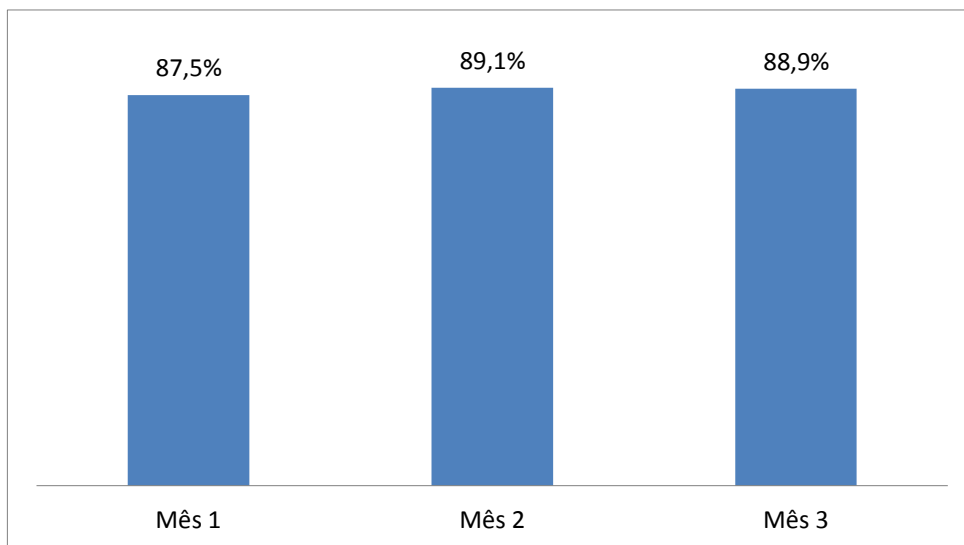


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

- **Meta 2.6** – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 2.6** – Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.
- **Meta 2.7** – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 2.7** – Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.
- **Descrição dos resultados** – Realizou-se prescrição de fármacos a 59 usuários com HAS (69,4%) no 1º mês, 138 (81,2%) no 2º mês e 223 (87,8%) no 3º mês (Figura 10). Similar evolução ocorreu com os usuários com diabetes em que se atingiram 16 (87,5%), 34 (73,9%) e 60 (83,3%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 11).

Entre os fatores que não permitiram o alcance das metas constam uma desorganização frente às informações sobre os usuários que utilizavam ou não medicamentos da Farmácia Popular, dificuldade de deslocamento de usuários com 60 anos ou mais e/ou com limitações físico-funcionais até à ESF e escassez de fármacos, o que fez com que orientássemos alguns usuários a realizar cadastramento nas farmácias populares.

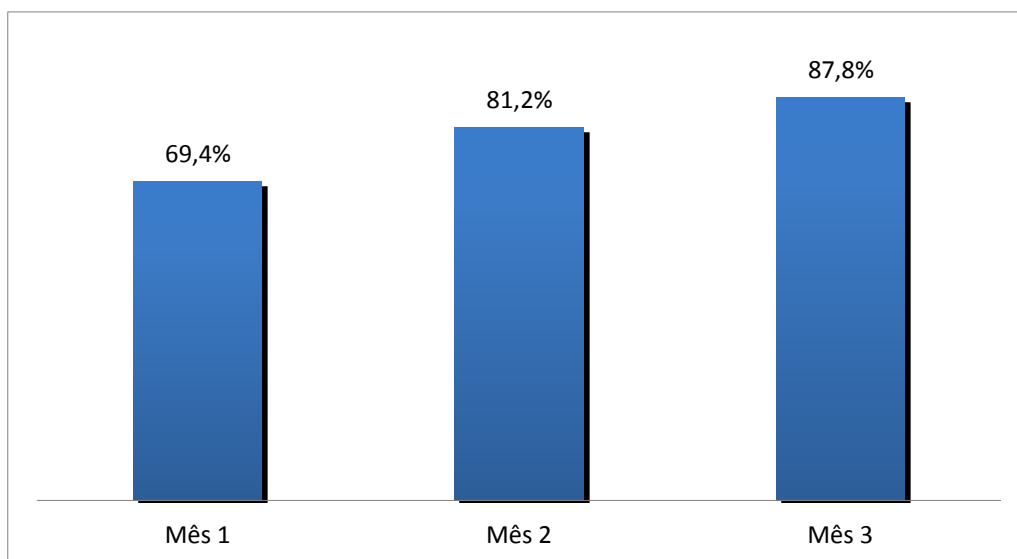


Figura 10: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

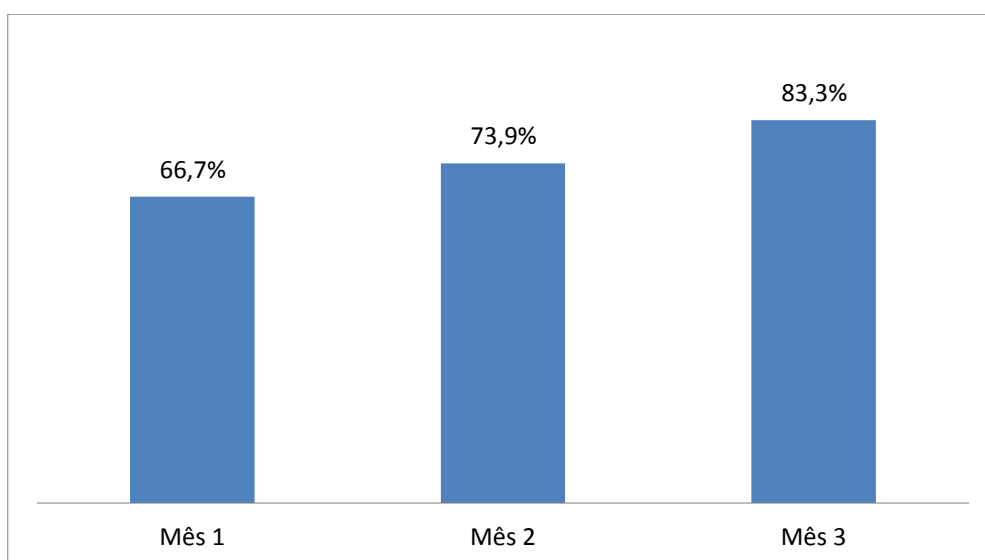


Figura 11: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

- **Meta 2.8** – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.
- **Indicador 2.8** – Número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.9** – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.
- **Indicador 2.9** – Número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – Realizou-se avaliação da necessidade odontológica em 77 usuários com HAS (90,6%) no 1º mês, 162 (95,3%) no 2º mês e 247 (96,9%) no 3º mês (Figura 12). Similar evolução ocorreu com os usuários com diabetes em que se atingiram 21 (87,5%), 43 (93,5%) e 69 (95,8%), nos meses 1, 2 e 3 (Figura 13). Todos os usuários receberam essa avaliação em decorrência de que alguns usuários estavam na faixa etária de 60 anos ou mais e já tinha realizado tal exame no programa de atenção à pessoa idosa. Além disso, o trabalho do dentista é satisfatório em cada atividade educativa, palestra são realizadas ações de promoção e prevenção de saúde como são: orientações médicas, exames bucal, a aplicação de flúor já que isso constituem o 100% da avaliação clínica. Em relação aos atendimentos odontológicos, sim tivemos dificuldades nas comunidades de difícil acesso, as consultas forem feitas por o carro móvel de odontologia e são planejadas.

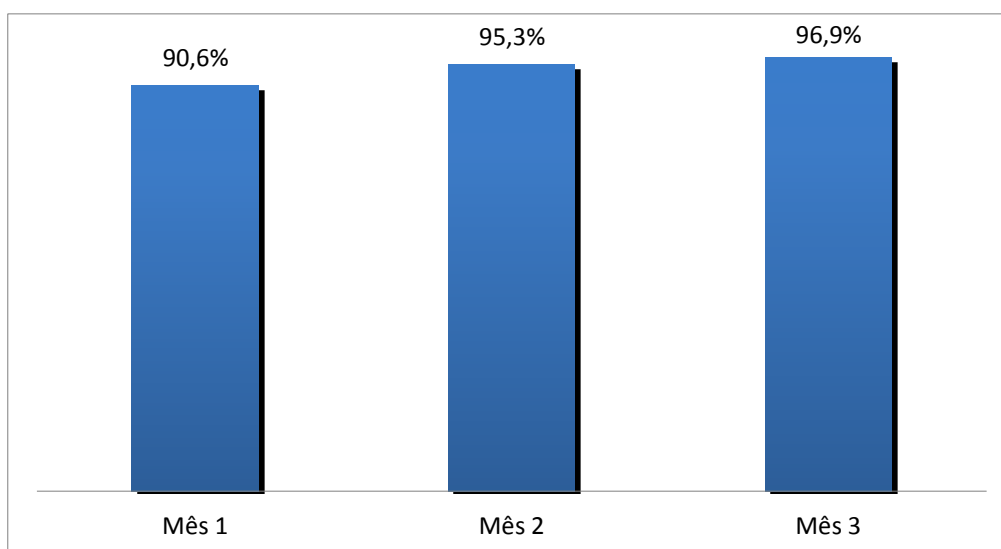


Figura 12: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2015

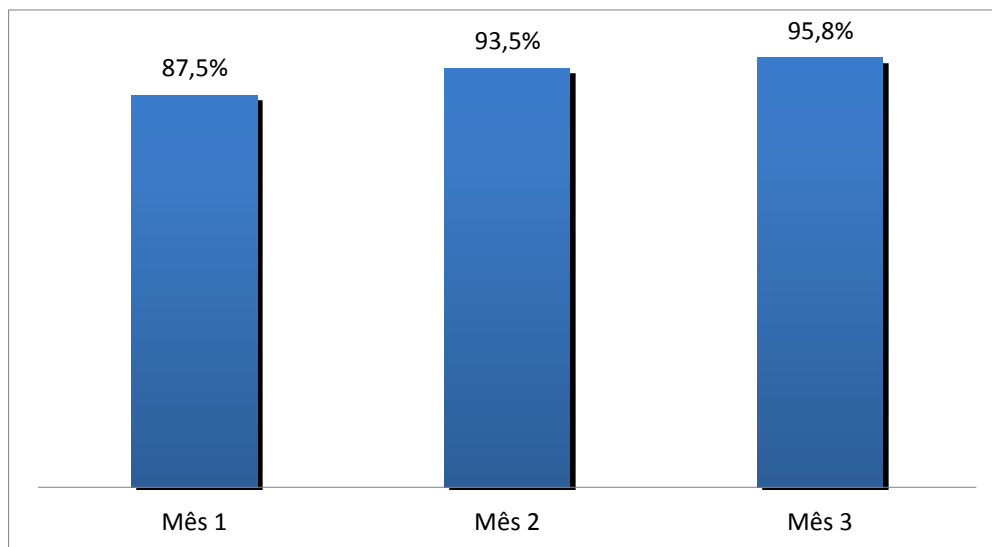


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2015

Metas e indicadores referentes ao objetivo de melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

- **Meta 3.1** – Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- **Indicador 3.1** – Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.
- **Meta 3.2** – Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- **Indicador 3.2** – Número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.
- **Descrição dos resultados** – Todos os usuários com hipertensão faltosos às consultas, respectivamente, 11, 20 e 27 (100%), nos meses 1, 2 e 3 e todos os usuários com diabetes faltosos, sequencialmente, 5, 7 e 7 (100%).

Foi possível alcançar as metas, especialmente, pelo trabalho dos ACS que monitoraram (junto com a equipe) e acompanharam as visitas domiciliares a fim de se verificar a situação de cada usuário e se necessário, realizar busca ativa.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações.

- **Meta 4.1** – Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.
- **Indicador 4.1** – Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 4.2** – Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.
- **Indicador 4.2** – Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – Todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes tiveram suas informações registradas na UBS/ESF, sendo 85, 170 e 255 com HAS (100%) e 24, 46 e 72 com DM (100%).

Inicialmente houve dificuldades frente à quantidade de instrumentos para a intervenção, todavia, após solicitarmos ajuda à gestora, ela prontamente ofereceu para a ESF uma impressora cuja disponibilidade acompanharia o tempo de intervenção bem como canetas a fim de que todos os usuários tivessem registradas suas informações e atividades, o que permitiu o alcance das metas.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

- **Meta 5.1** – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 5.1** – Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 5.2** – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Indicador 5.2** – Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

- **Descrição dos resultados** – Realizou-se avaliação de risco cardiovascular em 70 usuários com HAS (82,4%), seguido de 150 (88,2%) e 229 (83,8%) (Figura 14) e em 21 usuários com DM (87,5%), seguido de 42 (91,3%) e 67 (93,1%) (Figura 15).

Não foi possível atingir as metas propostas em virtude de dificuldades com os exames complementares e pela deficiência municipal de especialistas. Ainda assim, já se conversou com a gestão a fim de obter-se medidas / estratégias para melhor acesso a tais exames.

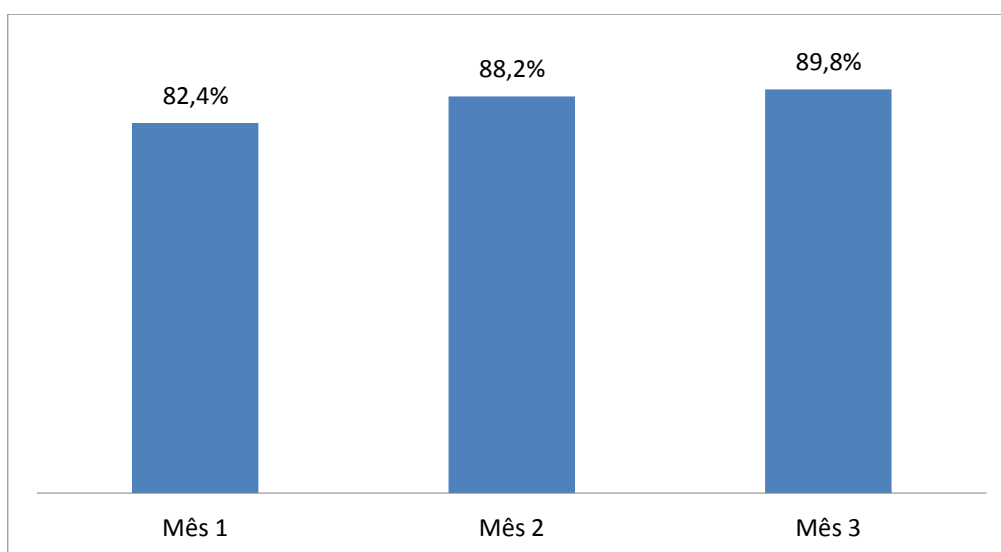


Figura 14: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

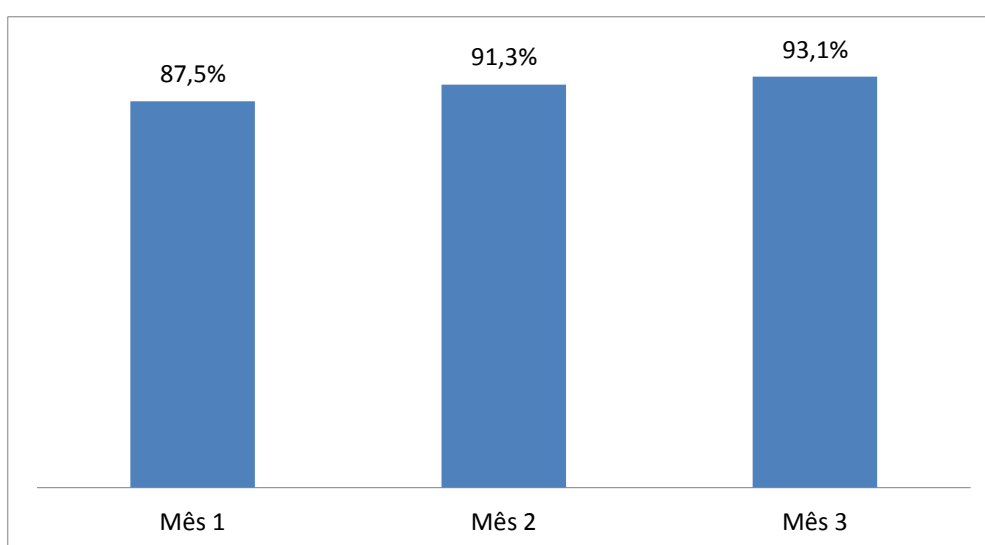


Figura 15: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Metas e indicadores referentes ao objetivo de promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

- **Meta 6.1** – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.
- **Indicador 6.1** – Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.2** – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.
- **Indicador 6.2** – Número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.3** – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS.
- **Indicador 6.3** – Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.4** – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.
- **Indicador 6.4** – Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.5** – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.
- **Indicador 6.5** – Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.6** – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.
- **Indicador 6.6** – Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.7** – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

- **Indicador 6.7** – Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 6.8** – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.
- **Indicador 6.8** – Número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- **Descrição dos resultados** – Realizou-se promoção de saúde para todos os usuários cadastrados na intervenção, atingindo-se 85 usuários com HAS (100%), 170 (100%) e 255 (100%) e 24 usuários com DM (100%), seguido de 46 (100%) e 72 (100%).

Foi possível atingir as metas em virtude de que se organizaram os atendimentos clínicos em que a médica e a enfermeira repassavam as orientações, bem como nas atividades coletivas (palestras, conversas) destacando-se os temas recomendados pelo protocolo como também havia espaço para dúvidas dos usuários. Dessa forma, a equipe compreende que promover saúde, além de propiciar maior qualidade de vida e empoderamento, ainda pode ser uma fonte de multiplicação de saberes e conhecimentos para familiares e amigos.

4.2 Discussão

Após apresentação dos resultados obtidos pelo trabalho realizado, podemos discutir que as ações tiveram impacto positivo, em termos de aumento na cobertura e qualificação do serviço de saúde, mediante o programa de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Em minha UBS, a fim de que a intervenção “ganhasse corpo” foram realizadas capacitações para que a equipe se atualizasse frente aos protocolos, melhorando as atividades como exame clínico apropriado, registro das informações, solicitação de exames complementares e exame dos pés em usuários com diabetes. Antes da intervenção, os cadastros dos usuários estavam desatualizados, não permitindo, assim, ter exatidão quanto às informações, sendo que, com a intervenção, organizou-se o cadastramento, sendo possível identificar usuários que não consultavam na ESF por desconhecimento e/ou somente procuravam atendimento clínico quando com algum sintoma ou em crise, fortalecendo o prisma do curativismo.

Os indicadores de cobertura aumentaram durante as 12 semanas, atingindo 95,9% dos usuários com HAS, o que corresponde a 255 usuários e 100% dos usuários com diabetes que equivale a 72 usuários. Quanto ao serviço de saúde, houve uma qualificação dos registros, da realização do exame clínico, do exame dos pés (usuários com diabetes) e atividades de promoção de saúde.

Como principais fatores para a reorganização da ação programática se citam as capacitações, o envolvimento da equipe, a divulgação na comunidade, o suporte dos líderes comunitários, a pró atividade dos ACS e o apoio da gestão.

Importância da intervenção para a equipe e para o serviço de saúde

A intervenção foi útil para a equipe porque a adoção dos protocolos norteou as atividades com qualidade, propiciando uma atualização das condutas teórico-práticas realizadas na ESF, que, por sua vez, ajudou na reorganização dessa ação programática.

Além disso, fortaleceu a equipe, visto que, houve uma (re) atualização das atribuições dos membros, considerando-se o acolhimento realizado pela técnica de enfermagem, assim como aferição da pressão e da temperatura, verificação do cumprimento das atividades dos usuários, realização de teste rápido de glicose para usuários com diabetes; acolhimento e cadastramento de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes, registro das informações e entrega dos exames pela enfermeira, a médica responsável pelos atendimentos clínicos, solicitação de exames complementares, tratamento e orientações; o dentista e a auxiliar foram responsáveis também pelos atendimentos clínicos e orientação sobre saúde bucal, realização do cadastramento, verificação no cumprimento das ações solicitadas nas consultas, assim como a busca ativa dos usuários faltosos pelos ACS e o administrador/gestor que providenciou materiais e/ou insumos necessários para a realização de cada atividade a ser realizada, também com o planejamento das atividades educativas nas comunidades.

Importância da intervenção para a comunidade

No início da intervenção, houve uma dificuldade para sua expansão, pois, alguns usuários não tinham conhecimento da reorganização da ação programática, o que não gerava grande fluxo de usuários na ESF; ressaltando-se que o comportamento dos usuários era de buscar auxílio médico somente nos casos de sintomas / sinais agudos. Entretanto, após apoio da gestão e dos líderes comunitários, a divulgação se intensificou, resultado em maior abrangência da intervenção.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a Análise Situacional eu tivesse discutido as atividades com maior regularidade com a equipe, tendo em vista que muitas delas já ocorriam na ESF, porém, não de forma padronizada e sem um

registro adequado. Também faltou uma comunicação mais efetiva com os líderes comunitários a fim de se explicar como seria o funcionamento da intervenção e sobre as prioridades na atenção.

Viabilidade de incorporar sua intervenção a rotina do serviço. Melhorias que se pretende fazer na intervenção

A intervenção será consolidada na rotina da ESF, sendo necessário ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, em especial os de alto risco. Ainda, para agregar todos os indicadores presentes na PCD, faria modificações na ficha espelho, a fim de facilitar o monitoramento das atividades e também sugeriria agendamento de 4 vagas por dia para usuários com hipertensão e/ou diabetes, estimulando-se a prevenção.

Os próximos passos a serão tomados...

Continuaremos buscando apoio das lideranças comunitárias para expandirmos ainda mais a cobertura da ação programática e também pretendemos implementar outra ação programática com vistas a melhorar a atenção à saúde de outro grupo populacional da área de abrangência da ESF.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores

Umas das principais causas de morbimortalidade de todo o mundo são as doenças crônicas não transmissíveis principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), inclusive, devido a ambas serem fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Dessa forma e com base na Análise Situacional realizada na ESF Valentim, a equipe detectou uma necessidade de melhoria nos indicadores de cobertura e de qualidade do serviço de saúde, o que fez com planejássemos uma intervenção com duração de 12 semanas com os objetivos de melhorar a cobertura e a adesão; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; melhorar o registro das informações; mapear os usuários de risco e promover a Saúde no programa.

A intervenção considerou os eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e empregou os instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pelo curso, Especialização em Saúde da Família, uma parceria da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

A equipe foi capacitada adotando-se os protocolos do Ministério da Saúde (MS), Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013) e elaborou um cronograma que continha, além, das capacitações, cadastramento de usuários, atendimento clínico e odontológico, monitoramento e atividades educativas.

É importante ressaltar que algumas dificuldades ocorreram ao longo das 12 semanas como equipe incompleta e disponibilidade de fichas espelho para registro das atividades realizadas na ESF, todavia, foi possível seguir adiante, já que, vocês, gestores, nos apoiaram fornecendo, por exemplo, uma impressora, o que nos auxiliou na impressão e na qualificação dos registros na unidade de saúde.

Ademais, buscamos estimular uma modificação de hábito (atitude), já que, notávamos que alguns usuários somente buscavam atendimento clínico quando em crise ou sintomatologia aguda, o que fortalecia o caráter curativista, que não era nosso objetivo bem como outros usuários apresentavam dificuldades financeiras e/ou limitações físico-funcionais que interferiam no acesso à unidade de saúde.

Sendo assim, após 12 semanas, vemos que a intervenção teve um impacto positivo sobre os indicadores, pois, cadastramos 255 usuários com 20 anos ou mais com hipertensão, o que representa 95,9% da cobertura, tendo-se como referência estimativas da Vigitel que aponta 266 usuários com HAS na área de abrangência da ESF Valentim; bem como cadastramos 72 usuários com diabetes, resultando em 100% da cobertura estimada pela Vigitel.

Quanto ao serviço de saúde, diversas atividades se tornaram rotineiras e padronizadas como exame clínico adequado, registro das informações, avaliação dos pés de usuários com diabetes, busca ativa de usuários faltosos às consultas e orientações sobre alimentação saudável, benefícios da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal que atingiram todos os usuários cadastrados na intervenção, 255 pessoas com HAS e 72 pessoas com DM.

Nem todos os indicadores atingiram as metas de 100% como solicitação de exames complementares, avaliação de risco cardiovascular, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico; nesse sentido, gostaríamos de solicitar apoio da gestão frente ao acesso aos exames complementares, visto que, são importantes para um adequado monitoramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Apesar das conquistas, reforçamos a necessidade de participação e integração mais estreita entre os gestores, os trabalhadores da equipe e a comunidade, pois, dessa forma, teremos plenas condições de atender o usuário, maximizando assim a sua participação e a sua valorização.

Mais uma vez, agradecemos o suporte prestado para a realização da intervenção, bem como, respeitosamente, solicitamos que o apoio e o diálogo continuem como pilares da nossa relação.

Abraços

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade

Com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e assistência aos usuários com hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da ESF Valentim, implementamos uma intervenção por um período de três meses que melhorasse não somente a atenção à saúde de vocês, como também se tornasse rotina na nossa unidade de saúde.

Conforme o curso que estudo, Especialização em Saúde da Família, preconiza, através da intervenção foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Para conversarmos sobre o impacto da intervenção na vida de vocês, vamos conversar sobre as atividades realizadas na unidade de saúde como reorganização do agendamento que priorizou pessoas com hipertensão e/ou diabetes, mas, sem deixar de atender outros usuários como crianças, gestantes e pessoas com 60 anos ou mais, pois, entendemos que Saúde é um direito de todos.

Nas consultas, todos os usuários cadastrados receberam exame clínico completo, os usuários com diabetes tiveram seus pés examinados, solicitaram-se exames complementares para o monitoramento da saúde, prescreveram-se medicamentos da Farmácia Popular, registraram-se todas as informações de vocês em uma ficha específica, permitindo assim um registro qualitativo e adequado, avaliou-se a necessidade de atendimento odontológico e realizou-se busca ativa de usuários faltosos às consultas.

Também fizemos orientações quanto à prevenção e promoção de saúde com orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física e aconselhamentos sobre o tabagismo nas consultas e nas palestras e rodas de conversa.

Ainda, vocês devem ter notado que já na chegada à unidade de saúde, vocês eram recepcionados pela técnica de enfermagem que media a pressão arterial, o peso corporal e a altura. Os atendimentos realizados pela equipe (eu, médica e a enfermeira) se tornaram um pouco mais demorados, pois, procurávamos seguir todas as recomendações dos protocolos de saúde.

Ainda, alguns usuários que não puderam comparecer às consultas foram visitados pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) a fim de que comparecessem à unidade de saúde e tivessem acesso a todas as atividades recomendadas pela médica e/ou enfermeira.

Ou seja, foram diversas atividades realizadas na ESF Valentim que contaram com apoio da equipe que se integrou a fim de prover uma atenção à saúde com mais qualidade, da gestão e dos líderes comunitários que também auxiliaram na divulgação da intervenção. E ainda, a participação de vocês foi essencial para que, ao final de três meses, 255 usuários com hipertensão e 72 usuários com diabetes fossem cadastrados na unidade de saúde.

Dessa forma, como trabalhadora da saúde, agradeço a cada um de vocês que participou e/ou divulgou a intervenção junto a familiares/amigos, pois, entendemos que as mudanças que ocorreram na ESF Valentim tiveram como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e que levará tempo para que todas as atividades estejam organizadas e consolidadas, por isso, contamos com a ajuda, a paciência e a cooperação de cada um de vocês.

Forte abraço

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso, em virtude do idioma e de problemas com a internet, achei que não conseguiria realizá-lo, porém, com paciência e suporte, vi que, mesmo com dificuldades, ele foi de grande ajuda para meus conhecimentos clínicos e de idioma, além de compreender um pouco mais sobre o funcionamento da Atenção Primária no país.

Além disso, quando iniciei minhas atividades na ESF, não havia médico, o processo de trabalho estava desorganizado e a equipe estava incompleta, ou seja, tinha preocupações não somente com a frequência e regularidade no curso como também com a situação que vivenciava no dia-a-dia da unidade de saúde.

Vejo que na Análise Situacional pude conhecer melhor a UBS/ESF, as ações programáticas, aspectos arquitetônicos (barreiras), atribuições e engajamento público, isto é, vi que todos os questionários foram importantes ferramentas que me mostraram as principais necessidades/fragilidades.

Assim como a elaboração de um projeto de intervenção se mostrou uma outra ferramenta, pois, as atividades da “Metodologia” foram essenciais para o planejamento de uma intervenção com duração de 12 semanas e que deveria envolver a equipe, a gestão e a comunidade. Ademais, para que fosse elaborado o projeto e fosse executada, tivemos que fazer adaptações no horário de trabalho e buscar diálogo mais próximo com a gestão.

Da intervenção, uns dos aspectos mais importantes nesse processo de aprendizagem foi o grau de satisfação da comunidade, que se percebeu inserida em uma experiência nova e que demonstrou participando das atividades propostas pela equipe na ESF Valentim.

Ademais, não posso me esquecer do suporte incondicional de minhas orientadoras, Erika Coelho, que me acompanhou no começo do curso e foi de grande auxílio frente à dificuldade com o idioma e posteriormente com a Fabiana Vargas na qual eu sou agradecida pelo seu apoio e preocupação com a minha continuidade do curso.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Schmidt, M.I.; Duncan, B.B.; Azevedo e Silva, G.; Menezes, A.M.; Monteiro, C.A.; Barreto, S.M.; Chor, D.; Menezes, P.R. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

Apêndices

Apêndice A – Folheto Informativo

Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

Por que ela ocorre?

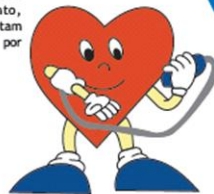
Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

O que pode acontecer com quem é hipertenso?

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

Como é o tratamento da hipertensão?

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.



Diabetes Tipo 2

O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

Por que o diabetes ocorre?

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sofre influência de fatores genéticos.

O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, doenças nos rins, amputação de membros, infecções, formigamento e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

Como é o tratamento?

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.



Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

Anexo B – Ficha Espelho

Anexo C – Planilha de Coleta de dados

[illegible]